





## 福祉・医療等

障害等 関係	認知症診断	<input type="checkbox"/> あり ( ) HDS-R 点 <input type="checkbox"/> なし		
	知的障害療育手帳	<input type="checkbox"/> あり A1・A2・B1・B2 <input type="checkbox"/> なし		
	精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり 1級・2級・3級 <input type="checkbox"/> なし		
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり 視覚・聴覚・肢体・その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし		
	その他 診断	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		
	障害支援区分認定	<input type="checkbox"/> あり 非該当・区分1・2・3・4・5・6 <input type="checkbox"/> なし		
	相談事業所名：		TEL：	
担当者名：		FAX：		
介護保険 関係	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	担当事業所：		TEL：	
	担当者名：		FAX：	
福祉サ ービス 等利用 状況	サービス名	頻度	事業所	内容
健康状態 ・ 身体状況	医療機関：		往診 <input type="checkbox"/> あり ( 回/ ) <input type="checkbox"/> なし	
	主治医：		通院 <input type="checkbox"/> あり ( 回/月 ) <input type="checkbox"/> なし	
	※既往症歴・現疾患等			
その他				